

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## Actos anestésicos

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

**Nombre y Apellido** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**TIPO DE ANESTESIA SUGERIDA** \_\_\_\_\_

### TIPO Y OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO

Usted será sometido a una intervención quirúrgica. Para ello es necesario que reciba un procedimiento que le permita ser operado sin dolor. Este procedimiento recibe el nombre de anestesia y puede ser de cuatro clases:

#### **La anestesia general:**

Se caracteriza por mantener al paciente dormido y controlado durante el tiempo que dure la cirugía, dicha anestesia podrá administrarse tanto por vena o en forma de gas o una combinación de ambos, gracias a los cuales usted se encontrará dormido y sin dolor.

Estas drogas disminuyen la capacidad de respirar solo y para mantener el nivel de oxígeno adecuado durante la cirugía el anesthesiólogo puede usar diferentes elementos para manejar la respiración, como son el tubo endotraqueal o la máscara laríngea. Entre las molestias más comunes que usted puede sentir luego de la cirugía se encuentra el adormecimiento, dolor, náuseas, vómitos y temblores, aunque pueden aparecer otros con frecuencia. Trastornos como máscara laríngea, pero tiene una duración muy limitada.

En nuestro país no hay estadísticas sobre la mortalidad por la anestesia general, pero en EEUU, se ha determinado que es menor a un caso en 300000 procedimientos (esto varía según la bibliografía consultada). El riesgo en anestesiología va aumentando cuando más enfermedades tenga, como hipertensión, diabetes, enfermedades cardíológicas y otras. Como así también el tiempo de ellas. **De todos modos, no existe el riesgo cero en anestesia.**

#### **La Anestesia regional:**

recibe este nombre porque permite dejar sin sentido del dolor solo determinadas partes o regiones del cuerpo. Para lograr este efecto es necesario inyectar medicamentos (anestésicos locales) cerca de la médula espinal (sistema nervioso dentro de la columna) al cual la llamamos anestesia raquídea o peridural según donde se deposite el anestésico. También se puede depositar el anestésico en un conjunto de nervios (llamados plexos) o de un nervio periférico. Si la anestesia regional no alcanza el efecto deseado o si no se puede realizar por diferentes causas al anesthesiólogo realizara entonces una anestesia general.

Las complicaciones que pueden presentarse después de la anestesia regional son poco frecuentes y entre ellas se pueden mencionar: Dolor de cabeza, sensación de hormigueo (parestesia), infecciones y/o hematomas y dolor en el sitio de punción.

En General las Complicaciones duran pocos días y pueden tratarse sin consecuencias. Las estadísticas medicas mundiales dicen que las complicaciones graves como hematomas, abscesos y otros que pueden dejar secuelas transitorias y/o definitivas como parálisis transitoria o permanentes se presenta en menos del 0.06% de los casos.

#### **La anestesia combinada:**

Consiste en realizar una anestesia regional, más una anestesia general. Es una técnica realizada por el anesthesiólogo cuando la importancia de la intervención a realizar o los niveles de dolor en el posoperatorio eran muy altos o difíciles de manejar. También se usa en casos de que una anestesia regional no sea satisfactoria para operar. Esta Técnica permite que Ud. reciba menos medicamentos analgésicos y se movilice más rápido.

#### **La anestesia local más sedación:**

Es un procedimiento que utilizamos cuando el cirujano realiza una intervención con anestesia local y el anesthesiólogo realiza control de sus signos vitales mientras se administran medicamentos sedantes y analgésicos para mejorar el confort.

El anesthesiólogo independientemente de la técnica utilizada, realiza el monitoreo de su organismo para su cuidado y para asegurarse que todo funcione correctamente.

En ocasiones y si la complejidad de la cirugía lo requiere los controles intra operatorios deben continuarse por un periodo luego de la cirugía y por ello podrá ser trasladado a la unidad de cuidados intensivos.

**He leído el consentimiento informado sobre los diferentes tipos de anestesia.**

**AL DAR MI CONSENTIMIENTO:**

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. He recibido además explicaciones sobre los efectos y riesgos previsibles, de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.

**MUY IMPORTANTE**

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

YO \_\_\_\_\_, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica anestésica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.  
(Marque con una x)

Dooy mi consentimiento para el acto anestésico

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_hs.

**REVOCACIÓN**

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o madre /padre/tutor o del representante legal  
(En caso que el paciente sea menor de 16 años )

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_hs.

Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.